**NUR FÜR FACHÄRZT\*INNEN: Formblatt zur Bestätigung der Finanzierung im Rahmen des BIH Charité Clinician Scientist Programms**

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass Stellen, die durch die Teilnahme einer Ärztin/eines Arztes am BIH Charité Clinician Scientist Programm frei werden, von der betreffenden Klinik nachbesetzt werden können und gleichzeitig die Weiterbeschäftigung der Kandidat\*innen nach Beendigung des Programms sicherstellen zu können, gilt an der Charité – Universitätsmedizin Berlin die *Verfahrensregelung zur Nachbesetzung von ärztlichen Weiterbildungsstellen und Weiterbeschäftigung von ärztlichen Mitarbeiter\*innen während und nach Förderung durch ein BIH Charité Clinician Scientist Programm oder eine GEROK-Stelle*. Hierfür muss folgender Passus von Ihrer Klinikleitung, der kaufmännischen Centrumsleitung und – je nach Finanzierung der Stelle – vom kaufmännischen Direktor des Klinikums oder von der kaufmännischen Direktorin der Fakultät unterschrieben werden.

**Was Sie tun müssen:**

Bitte füllen Sie die Felder im Text aus und legen Sie dieses Formblatt Ihrer Klinikleitung zur Unterschrift vor. Die Klinikleitung sollte dann die Unterschrift der kaufmännischen Centrumsleitung einholen. Ist Ihre Stelle über die Krankenversorgung finanziert, benötigen wir noch die Unterschrift des kaufmännischen Direktors des Klinikums (Herr Dr. Wauer). Ist Ihre Stelle über die Fakultät finanziert, benötigen wir die Unterschrift der kaufmännischen Direktorin der Fakultät (Frau Großkopff). Diese sollen entsprechend von Ihrer kaufmännischen Centrumsleitung eingeholt werden.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Hiermit bestätige ich als Direktor\*in der Klinik Name Klinik an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dass Frau/Herr Dr. Vorname + Name zum angestrebten Förderbeginn am 01.07.2022 (plus max. drei Monate) über einen Arbeitsvertrag über den gesamten Förderzeitraum verfügen wird, der 50 % Kliniktätigkeit (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) ermöglicht und 50 % Forschungstätigkeit sicherstellt, wobei 50 % der Kostenübernahme einer vollen Stelle über das *BIH Charité Clinician Scientist* Programm durch entsprechende Umfinanzierung erfolgt. Im Falle einer Teilzeitbeschäftigung kann der Klinikanteil bis auf 20 % einer vollen Stelle reduziert werden. Frau/Herr Dr. Name erhält unsere volle Unterstützung für die Teilnahme am *BIH Charité Clinician Scientist* Programm. Dies beinhaltet auch die Zurverfügungstellung der Infrastruktur, die für die Durchführung des *BIH Charité Clinician Scientist* Projekts notwendig ist. Die Klinik garantiert während der Weiterbildung von Frau/Herrn Dr. Name zum *BIH Charité Clinician Scientist*, soweit arbeitsrechtlich möglich, ihre/seine ärztliche Weiterbildung bis zum Abschluss der Subspezialisierung. Dies betrifft ggf. auch die Weiterbeschäftigung, um eine Programmlaufzeitverlängerung nach Elternzeit zu ermöglichen (bis zu 18 Monate pro Kind (max. 36 Monate)). Von Seiten der Klinik wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Außerdem gewährleisten wir für Frau/Herrn Dr. Name eine 50%ige Freistellung (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) von klinischen Aufgaben inklusive Lehraufgaben für ihre/seine Forschungs‐ und nicht-klinischen Weiterbildungstätigkeiten im Rahmen des *BIH Charité Clinician Scientist* Programms. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Weiterbildung von Frau/Herrn Dr. Name zum *BIH Charité Clinician Scientist* im Rahmen des *BIH Charité Clinician Scientist* Programms nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Frau/Herr Dr. Vorname + Nachname wird z. Z. über folgende Kostenstelle(n) finanziert | |  |
| Im Falle einer Bewilligung soll Frau/Herr Dr. Vorname + Nachname über folgende Kostenstelle(n) von Seiten der Klinik finanziert werden | |  |
|  |  |  |
| Name Klinikleitung | Datum | Unterschrift\* |
|  |  |  |
| Name Kfm. Centrumsleitung | Datum | Unterschrift\* |
|  |  |  |
| Ggf. Name Kfm. Direktor Klinikum bzw. Name Kfm. Direktorin Fakultät | Datum | Unterschrift\* |